



TIN TỨC VỀ BẢO HIỂM Y TẾ
MEDICAL COVERAGE INFORMATION

PHÒNG DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG (CSO)	SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA CSO	HỢP TÁC
TÊN HỘ THÂN CHỦ	SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA THÂN CHỦ	
SỐ HỒ SƠ	NGÀY	

CHỈ DẪN: Dụng ý của mẫu này là để giúp chúng tôi xác định xem có bảo hiểm nào khác dài thọ các chi phí về y tế cho quý vị không. Xin viết câu trả lời bằng chữ in. Hãy trả lời từng câu hỏi càng đầy đủ càng tốt cho chính quý vị hoặc cho những người mà quý vị xin gửi. Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị kiểm chứng các câu trả lời của quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để điền mẫu này hoặc bảo hiểm của quý vị thay đổi, xin gọi **1-800-562-6136**.

A. Quý vị có Medicare không? Có Không | NẾU CÓ, TÊN CỦA NGƯỜI CÓ MEDICARE | SỐ TÍNH TIỀN VỚI MEDICARE

B. Quý vị có bảo hiểm sức khỏe không? Có Không

Điều này bao gồm bất cứ bảo hiểm nào quý vị hoặc người nào khác mua, như bảo hiểm tư, bảo hiểm trường học, bảo hiểm tập thể của sở làm, v.v... Nếu có, xin điền phần dưới đây.

KHẾ UỐC SỐ 1		KHẾ UỐC SỐ 2			
TÊN HÀNG BẢO HIỂM		TÊN HÀNG BẢO HIỂM			
ĐỊA CHỈ CỦA HÀNG BẢO HIỂM		ĐỊA CHỈ CỦA HÀNG BẢO HIỂM			
SỐ CỦA TẬP THỂ VÀ HOẶC KHẾ UỐC		SỐ CỦA TẬP THỂ VÀ HOẶC KHẾ UỐC			
SỐ HỢP ĐỒNG, CHỨNG CHỈ VÀ/HOẶC GHI DANH		SỐ HỢP ĐỒNG, CHỨNG CHỈ VÀ/HOẶC GHI DANH			
NGÀY KHẾ UỐC BẮT ĐẦU	NGÀY KHẾ UỐC CHẤM DỨT	NGÀY KHẾ UỐC BẮT ĐẦU	NGÀY KHẾ UỐC CHẤM DỨT		
Liệt kê người được khế ước này dài thọ:		Liệt kê người được khế ước này dài thọ:			
TÊN HỌ	SỐ AN SINH XÃ HỘI	NGÀY SANH	TÊN HỌ	SỐ AN SINH XÃ HỘI	NGÀY SANH

Danh dấu các dịch vụ được khế ước của quý vị dài thọ:

- Bệnh viện săn sóc bệnh nhân nội trú Săn sóc tại nhà bảo dưỡng
- Bệnh viện săn sóc bệnh nhân ngoại trú Săn sóc răng
- Vật liệu/thuốc có toa Săn sóc của Bác Sĩ
- Kính thuốc/săn sóc thị giác
- Điều khác (xe cứu thương, chinh xương, v.v...)

Danh dấu các dịch vụ được khế ước của quý vị dài thọ:

- Bệnh viện săn sóc bệnh nhân nội trú Săn sóc tại nhà bảo dưỡng
- Bệnh viện săn sóc bệnh nhân ngoại trú Săn sóc răng
- Vật liệu/thuốc có toa Săn sóc của Bác Sĩ
- Kính thuốc/săn sóc thị giác
- Điều khác (xe cứu thương, chinh xương, v.v...)

C. Ít nhất có một đứa trẻ nào trong nhà quý vị có phụ huynh khiếm dien hoặc một đứa trẻ chưa sanh có một phụ huynh khiếm dien phải chịu trách nhiệm không?

Có Không | Nếu có, xin điền tin tức sau đây về mỗi phụ huynh khiếm dien.

TÊN HỌ, ĐỊA CHỈ VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI	SỐ AN SINH XÃ HỘI	TÊN (CÁC) TRẺ EM	LỆNH TÒA VỀ BẢO HIỂM Y TẾ
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

D. Quý vị có bảo hiểm CHAMPUS (quân đội) để mua không? Có Không | NẾU CÓ, TÊN CỦA THÀNH VIÊN | SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA THÀNH VIÊN

E. Có ai trong những người sau đây là thành viên của một nghiệp đoàn không? Xin điền phần sau.

#	NGƯỜI ĐI LÀM/ THÀNH VIÊN NGHIỆP ĐOÀN	CÓ	KHÔNG	NẾU CÓ, LIỆT KÊ TÊN VÀ ĐỊA CHỈ	SỐ TRU SỞ	BẢO HIỂM Y TẾ MUA ĐƯỢC CÓ KHÔNG
1	Quý vị hoặc hôn phối					
2	Con vị thành niên của quý vị					
3	Cha (mẹ) ruột của trẻ vị thành niên					
4	Phụ huynh khiếm dien của trẻ vị thành niên					
5	Phụ huynh khiếm dien					

TIN TỨC VỀ BẢO HIỂM Y TẾ, Trang 2

PHÒNG DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG (CSO)

SỐ HỒ SƠ

Xin điền phần sau đây cho bất cứ người nào có tên nới Trang 1 của Đoạn E mà quý vị đã ghi câu trả lời là CÓ.

SỐ NGƯỜI	TÊN/ĐỊA CHỈ/SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA SỞ LÀM	TÊN NGHIỆP ĐOÀN

F. Sau ngày 7 tháng 4, 1987, quý vị hoặc hôn phối của quý vị có bảo hiểm y tế qua sở làm không? CÓ KHÔNG

Nếu trả lời có VÀ quý vị không còn làm cho sở ấy nữa, xin điền phần sau:

1. Tên hãng bảo hiểm của quý vị: _____
2. Ngày bắt đầu được bảo hiểm: _____ Ngày bắt đầu hết bảo hiểm: _____
3. Khi nào chấm dứt làm việc? Ngày: _____
4. Hãng bảo hiểm có cho quý vị biết là quý vị có thể tiếp tục mua bảo hiểm không? CÓ KHÔNG
Nếu có, họ báo cho quý vị vào lúc nào? Ngày: _____
5. Ghi tên, địa chỉ, và số điện thoại của sở làm ấy: _____

G. Sở làm của quý vị hoặc của hôn phối quý vị có cung ứng bảo hiểm y tế mà quý vị không lấy vì quý vị phải trả tiền không?

Có Không Nếu có, ghi tên, địa chỉ và số điện thoại của sở làm:

H. Quý vị hoặc người quý vị xin bảo hiểm cho có từng bị tai nạn cần được săn sóc y tế không? Có Không

Nếu có, xin trả lời phần sau:

1. NGÀY XẤY RA TAI NẠN	2. GẠCH VÀO NƠI XẤY RA TAI NẠN	<input type="checkbox"/> Tiệm/Doanh nghiệp	<input type="checkbox"/> Nhà/Tài sản của người khác	<input type="checkbox"/> Chỗ khác
	<input type="checkbox"/> Xe cộ <input type="checkbox"/> Trường học <input type="checkbox"/> Nhà	<input type="checkbox"/> Nhìn	<input type="checkbox"/> Nơi làm việc	

- a. Địa chỉ nơi xảy ra tai nạn (đường, tỉnh và tiểu bang) _____
- b. Gạch vào nếu bệnh nhân là tài xế; hành khách; người bộ hành.
- c. Có xe nào khác liên can không? Có Không Nếu có, ghi tên và địa chỉ của các tài xế kia.

3. Tên (các) người bị thương trong tai nạn:	4. Tai nạn đã xảy ra như thế nào?		
TÊN HỌ	LOẠI THƯƠNG TÍCH		

5. Có liên can đến hãng bảo hiểm nào không? Có Không Nếu có, cho tên người được bảo hiểm: _____

Tên/dịa chỉ hãng bảo hiểm:

SỐ ĐƠN ĐÒI BỒI THƯỜNG	SỐ KHẾ UỐC	TÊN NGƯỜI ĐIỀU ĐÌNH	SỐ ĐIỆN THOẠI

6. Quý vị có đơn đòi bồi thường khác cho tai nạn này không? Có Không Nếu có, ghi (các) số của đơn đòi.

SỐ ĐƠN ĐÒI BỘ LAO ĐỘNG VÀ KỸ NGHỆ	SỐ ĐÒI TỰ BẢO HIỂM	SỐ ĐƠN ĐÒI CỦA NẠN NHÂN CỦA BẠO ĐỘNG	SỐ KHÁC

7. Có luật sư nào can dự không? Có Không Nếu có, cho tên, địa chỉ và số điện thoại:

8. Quý vị đã nhận được hoặc dự tính nhận được các quyền lợi nào về tài chánh/y tế vì hậu quả của thương tích của quý vị? Xin giải thích: